

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1925

THÈSE 318

PRÉSENTÉE POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

MENTION MÉDECINE

PAR

Joseph BARTMAN

né à Varsovie en 1894

Contribution à l'Etude du Lupus Pernio

Président de Thèse : Professeur JEANSELME

PARIS

ÉDITIONS MÉDICALES

7, RUE DE VALOIS, 7

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1925

THÈSE

N°

PRÉSENTÉE POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

MENTION MÉDECINE

PAR

Joseph BARTMAN

né à Varsovie en 1894

Contribution à l'Etude du Lupus Pernio

Président de Thèse : Professeur JEANSELME

PARIS

ÉDITIONS MÉDICALES

7, RUE DE VALOIS, 7

1925

I. — PROFESSEURS

LE DOYEN . . . M. ROGER

MM.

Anatomie
 Anatomie médico-chirurgicale
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie organique et chimie générale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée

NICOLAS
 CUNÉO.
 Ch. RICHET.
 André BROCA.
 DESGREZ.
 BEZANÇON.
 BRUMPT.
 Marcel LABBÉ.
 SICARD.
 LECÉNE.
 LETULLE.
 PRENANT.
 RICHAUD.
 CARNOT.
 Léon BERNARD.
 BALTHAZARD.
 MÉNÉTRIER.

Clinique médicale
 Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses



Clinique chirurgicale
 Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique
 Clinique d'accouchements
 Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique

ROGER.
 GILBERT.
 CHAUFFARD.
 ACHARD.
 WIDAL.
 MARFAN.
 NOBÉCOURT.
 H. CLAUDE.
 JEANSELME.
 GUILLAIN.
 TEISSIER.
 DELBET.
 HARTMANN.
 LEJARS.
 GOSSET.
 De LAPERSONNE.
 LEGUEU.
 COUVELAIRE.
 BRINDEAU.
 JEANNIN.
 J.-L. FAURE.
 BROCA Auguste.
 VAQUEZ.
 SEBILEAU.
 DUVAL.
 SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI. . . . Pathologie médicale
 ALGLAVE .. Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN .. Pathologie médicale
 BASSET Pathologie chirurgicale.
 SAUDOUIN ... Pathologie médicale
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRANCA Histologie.
 BRULÉ Pathologie médicale
 BUSQUET ... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 CADENAT .. Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY ... Histologie.
 CHIRAY Pathologie médicale
 CLERC Pathologie médicale
 DEBRÉ Hygiène.
 I. de JONG .. Anatomie pathologique.
 DUVOIR Médecine légale.
 ECALLE ... Obstétrique.
 FIESSINGER . Pathologie médicale
 FOIX Pathologie médicale
 GARNIER ... Pathologie expérimentale.
 HARVIER ... Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 JOYEUX Parasitologie.

MM.

LABBÉ *Henri* Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER . Obstétrique.
 LEMAITRE .. Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE .. Pathologie médicale
 LEVY-SOLAL Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN Pathologie médicale
 MATHIEU .. Pathologie chirurgicale.
 METZGER .. Obstétrique.
 MOCQUOT .. Pathologie chirurgicale.
 MONDOR ... Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 MULON Histologie.
 PHILIBERT . Bactériologie.
 RIBIERRE .. Pathologie médicale
 RICHT Fils Physiologie.
 ROUVIÈRE .. Anatomie.
 STROHL ... Physique médicale.
 TANON Pathologie médicale
 TIFFENEAU . Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.
 VERNE Histologie.
 VILLARET .. Pathologie médicale
 WELTER ... Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

CAMUS Physiologie.
 GOUGEROT .. Pathologie médicale
 GUÉNIOT ... Obstétrique.

MM.

RETTERRER . Histologie.
 ROUSSY Anatomie pathologique.

IV. --AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE A TITRE PERMANENT

MM.

AUVRAY ... Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU .. Clinique chirurgicale.	
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.	PROUST ... Clinique chirurgicale.
LEREBoullet Clinique médicale infantile.	RATHERY .. Clinique médicale.
LÉRI Clinique médicale.	SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.
LÆPER Clinique médicale.	TERRIEN ... Clinique ophtalmologique.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
N...	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Docteur RABUT,

Chef de clinique de M. Hudelo,

*qui a bien voulu nous ins-
pirer le sujet de cette thèse,
en hommage de notre pro-
fond respect.*

A mon maître et président de thèse

Monsieur le Docteur JEANSELME,

Professeur de clinique des maladies cutanées
et syphilitiques de la Faculté de Médecine de Paris,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis,

Membre de l'Académie de Médecine,

Officier de la Légion d'honneur,

*qui m'a fait le très grand
honneur en acceptant la
présidence.*

Historique

C'est Besnier, qui en 1892 donne la première description du *lupus pernio*.

Dans sa première observation, qu'il rapporta, sous le nom de *lupus erystémateux asphyxique*, il caractérise l'affection de la façon suivante : C'est une lésion, qui s'observe à la face (nez, régions malaires, pavillons des oreilles) et aux extrémités. Sur la face et le nez la teinte initiale est érythémateuse, avec ponctuation folliculaire vulgaire ; sur les oreilles, la lésion ressemble à l'engelure livide permanente ou à l'asphyxie cutanée ; il se produit des lésions de nécrose qui peuvent aboutir à la perte de substance.

Sur le dos des mains, les lésions ressemblent à celles du *lupus erystémateux*, mais avec lividité plus accentuée.

Il compléta cette observation par un deuxième cas, qu'il avait publié sous le nom de *lupus pernio* et que nous pouvons résumer ainsi :

A la face, la lésion ressemble, au début, à des engelures ; progressivement, la lividité et les varicosités s'accroissent, les tissus s'infiltrant, et au bout de trois ans le nez devient livide, luisant, avec des orifices dilatés et légères lésions nécrobiotiques. Ces lésions s'atténuent, mais persistent en été.

Aux mains, on constate des tuméfactions fusiformes des doigts, avec synovite fongueuse, reconnaissable par la fluctuation et craquements.

Il y a des lésions des ongles : érosion du lis et destruction de la corne.

Les ganglions épitrochléens, augmentés de volume. Il n'y a pas de tuberculose viscérale.

Tandis que dans le premier cas nous avons à faire avec une forme de passage entre l'engelure et le lupus érythémateux, on constate dans le deuxième cas presque la même lésion, mais encore en plus, du spina ventosa et de la synovite fongueuse, qui sont, comme nous le savons maintenant, de nature tuberculeuse.

En 1892, Tenneson présenta un malade atteint symétriquement à la face des placards violacés, tuméfiés, telangiectasiques, indurés profondément, avec des nodules lupiques typiques, tandis que les mains sont occupées par des lésions identiques, mais sans nodules lupiques. Il y a des troubles de nutrition des ongles et des poussées d'osteoarthrite.

La lésion évolue lentement depuis trois ans aux mains, depuis dix ans à la face.

Il fait le diagnostic de lupus pernio, puisque, dit-il, ce n'est pas du lupus érythémateux, à cause de l'existence de nodules lupiques à la face ; ce n'est pas non plus du lupus vulgaire, ces nodules n'existant pas aux mains. Plus tard, Langelet, dans « la Pratique Dermatologique », décrit sous le nom de lupus pernio un érythème violacé, symétrique, s'étendant aux nez, joues, oreilles, mains. Les téguments sont infiltrés, indurés, vascularisés. Les orifices glandulaires sont béants. Aux mains, on observe des ulcérations et des cicatrices consécutives. Dans certains cas, tubercules lupiques sur la face. L'auteur admet qu'il faut placer le lupus pernio parmi les tuberculides, puisqu'il dit : « Il y a des cas où par son aspect, symétrie de la

lesion, congestion, dilatation des orifices glandulaires, il faut la regarder comme une variété du lupus érythémateux. » Il ajoute : « le moment approche où il n'y aura plus que des formes cliniques de la tuberculose de la peau ou des lésions toxiniennes qu'elle produit ; le lupus vulgaire, le lupus pernio, le lupus érythémateux apparaissent déjà comme termes cliniques de la même série.

Brocq définit le lupus pernio de la façon suivante : « Cette forme du lupus érythémateux centrifuge, qui a tant de relations avec les engelures, l'asphyxie locale des extrémités et avec certaines formes du lupus vulgaire. »

Hallopeau admet que le lupus pernio est une variété asphyxique de la forme lisse du lupus érythémateux très voisine des engelures. Cependant, il se demande si ce n'est pas un ensemble de phénomènes, comprenant d'une part une angionévrose, d'où troubles vasculaires et d'autre part un lupus, qui trouve là un terrain propice.

Aussi, pour Darier, le lupus pernio est une variété du lupus érythémateux. Très voisin des engelures, il se développe dans les mêmes conditions. L'évolution est lente, avec des rémissions en été. Histologiquement, il le fait rentrer dans le second de deux groupes, des tuberculides, présentés par lui en 1900, au Congrès international de Paris, dont les lésions consistent en traînées des cellules rondes autour des vaisseaux du derme, altérations vasculaires, production des foyers de nécrose. Il admet, cependant, que ces lésions peuvent s'associer à celles du premier groupe, caractérisé par des cellules géantes, épithélioïdes et lymphoïdes, affectant un groupement folliculaire et nodulaire, ce

qui est caractéristique, pour Schaumann, du *lupus pernio* vrai.

Dubreuil considère le *lupus pernio* comme une forme habituelle du *lupus érythémateux*.

Gougerot le range parmi les tuberculides, mais en dehors du *lupus érythémateux*.

Depuis 1901, le *lupus pernio* entre dans une nouvelle phase.

On attire l'attention sur les tuméfactions digitales qui, avec les lésions cutanées, anciennement décrites, seraient un signe important de cette affection. Ces tuméfactions étaient, comme nous avons vu, déjà signalées par Besnier.

Danlos cite un malade, qui présente des placards diffus, indurés, avec dilatation des orifices pilosebaccés, varicosités et quelques points jaunes ressemblant au milium. Ces plaques siègent aux endroits habituels : nez, joues, lèvres. Plusieurs doigts présentent des déformations fusiformes avec teinte violacée. Pas de ganglions. Poumon 0, squelette 0 (à la radio).

Histologie. — Infiltration cellulaire, avec quelques cellules géantes, formant manchon autour des vaisseaux veineux et lymphatiques, eux-mêmes dilatés. La peau est ainsi transformée en un tissu réticulé et lymphoïde.

L'auteur admet qu'on rattache à tort le *lupus pernio* au *lupus érythémateux*, dont il se distingue par l'absence d'enroulement épidermique des orifices pilosebaccés et des comédons cornés, par des lésions beaucoup plus profondes, dépassant parfois le derme, et enfin par des déformations digitales, analogues au *spina ventosa*.

Kuhlmann, en Allemagne, relate une observation

d'un lupus pernio de la face et des mains, avec des lésions digitales, rappelant le spina ventosa.

La radiographie démontre des phalanges épaissies, avec, par place, des zones transparentes de décalcification. Les lésions osseuses semblent correspondre au maximum des lésions cutanées, ce qui fait penser qu'ils leur sont secondaires.

Au microscope, infiltration dermique composée de cellules épithélioïdes, de rares cellules géantes et cellules rondes, peu nombreuses à la périphérie. Etat général bon, bien qu'à l'auscultation, expiration prolongée au sommet droit, avec quelques râles humides.

Rapprochant de ces faits ses trois propres observations, Schaumaun, de Stockholm, dégage un syndrome qu'il appelle lupus pernio vrai, mais qui, pour lui, n'était pas un syndrome, l'affection étant, d'après lui, toujours déterminée par une cause générale : lymphogranulomatose bénigne.

Cette affection est caractérisée par :

1° Des lésions cutanées, surtout faciales (nez, joues) consistant en placards violacés, limités ou diffus, avec infiltrations profondes, varicosités et points jaunes, rassemblant aux nodules lupiques.

2° Tuméfaction fusiforme de certains doigts, tuméfaction dure sans ulcération, de la peau, et au niveau de laquelle la radiographie ne permet de constater aucune déformation squelettique, mais décèle aux extrémités des phalanges des zones claires de décalcification.

3° Poumons, lésions qui se traduisent cliniquement par des signes de tuberculose au début, et à l'écran par une série de taches noires avec augmentation des ombres hilaires.

4° Polyadenopathie : tuméfaction indolente des ganglions cervicaux, axillaires et épitrocléens.

5° Augmentation possible des amygdales, de la rate, du foie.

6° Modification de l'équilibre leucocytaire, caractérisée par une mononucleose.

7° Evolution bénigne longue, avec des améliorations par la médication arsenicale.

8° Identité d'une structure tuberculoïde, consistant en amas de cellules épithélioïdes, avec cellules géantes, entourées d'une zone incomplète de cellules lymphoïdes pour la peau (placards), ganglions, amygdales, moelle osseuse (doigts).

En dégageant son syndrome parmi les faits classiques bien disparates, Schaumann a contribué à avancer la question au point de vue clinique.

Il n'en est pas de même pour la pathogénie : en introduisant la lymphogranulomatose comme cause du lupus pernio, lymphogranulomatose qui, elle-même, est causée, pour lui, par un agent inconnu, en niant complètement la tuberculose sur le rôle de laquelle tous ses prédécesseurs étaient unanimes, Schaumann a brouillé la question pendant quelques années, et ce n'est qu'en 1922 qu'il a dû reconnaître son erreur, en trouvant lui-même, dans les tissus du sujet qui lui avait servi pour sa première observation, les bacilles de la tuberculose bovine.

Enfin, dernièrement, l'opinion ancienne de l'origine tuberculeuse du lupus pernio, a trouvé sa confirmation complète dans l'observation rapportée par M. Hudelo à la Société de Dermatologie, le 12 mars 1925.

Elle est caractérisée par les faits suivants :

Infiltration pseudomorphe dure des joues, de la

racine du nez, du menton, des régions parotidiennes, sous forme de nodules, de volume d'une noisette, ou des plaques atteignant plusieurs centimètres. La peau est, par endroit, normale, ailleurs violacée.

Pendant toute l'évolution de plusieurs années, pas d'ulcération.

Mains : grosse tuméfaction intéressant les doigts, et remontant jusqu'au tiers inf. de l'avant-bras. Peau violacée. Squelette pas déformé, mais il y a des zones de décalcification à la radio.

Pieds : idem.

Adenopathies multiples, apparues depuis 1923, de volume d'une noisette, œuf de pigeon, dures, indolentes, mobiles sous la peau.

Lésions nasales : à la partie supérieure de la pyramide nasale, dépression cicatricielle linéaire de la peau, adhérente à l'os ; au palper on sent la crête sous-jacente. Radiographie : destruction achevée de la moitié supérieure des os nasaux, pas de lésion de l'endonez.

Etat général peu touché. Amygdales, normales. Poux, cœur : normaux. Sang : 5.360.000 hématies, 8.500.000 leucocytes, dont 10 % cosino, 8 % grands mono.

Wassermann et Hecht à plusieurs reprises négatives.

Cutiréaction à la tuberculine — négative.

Histologie. — Epiderme normal. Au niveau du derme et de la partie supérieure de l'hypoderme, infiltration en nodules, dont le centre est occupé par des cellules embryonnaires et adipeuses ; en dehors, cellules épistélioides ; à la périphérie, cellules lymphoides.

Dans le tissu interstitiel et dans les cellules géantes de la partie examinée, on trouve de très rares bacilles acido-résistants.

La coupe des ganglions décèle des lésions tuberculeuses, constituées par des nodules ou traînées des cellules épithélioïdes, avec de rares cellules géantes.

Aucune cellule de Sternberg.

Aucun foyer des cosinophiles.

Inoculation : un des deux cobayes inoculé au début présente un ganglion caséux, dans lequel on trouve un bacille acido-résistant.

M. Hudelo, après avoir éliminé la syphilis (3 ans du traitement=O), les mycoses KJ—O), les leucémies et pseudoleucémies (état général bon, absence de leucocytose, structure non adéonite et absence de cellules de Sternberg dans les ganglions, état général assez bon), s'arrête sur la lèpre et tuberculose, mais en absence de tout signe clinique de lèpre, admet la tuberculose à forme atténuée. Quant à l'affection, il considère qu'il ne peut s'agir que de lymphogranulome de Schaumann, à forme anormale (intégrité pulmonaire, absence de mononucléose et surtout lésions destructives du squelette nasal). Et M. Hudelo conclut par ces mots, qui nous font connaître le point de vue actuel sur l'origine du lupus pernio : « Nous ne connaissons pas, certainement, toutes les modalités anatomocliniques que peut revêtir ce syndrome, dont l'origine peut être bovine, semble, sinon dans tous les cas, au moins dans quelques-uns, tout à fait vraisemblable. »

État Actuel

De ce précis historique, qui précède, nous voyons que tous les auteurs, s'ils étaient bien d'accord sur l'origine tuberculeuse du *lupus pernio*, ne l'étaient pas au point de vue clinique. En effet, sous le nom flou de *lupus pernio*, on a décrit une série de faits cliniques distincts, présentant tous les intermédiaires entre la simple engelure et le *lupus vulgaire*. Et Rabut, dans son étude de *lupus pernio*, tâche avec raison de substituer à ce nom vague des variétés cliniques bien précises. Il distingue les formes suivantes :

a) **L'Erythème pernio**. Rougeur violacée de la face et des mains, s'atténuant, mais persistant en été, sans nodules lupiques, sans dilatation folliculaire. Ce type clinique correspond au *lupus chilblain* de Hutchinson.

b) **Variété asphyxique de *lupus érythémateux centrifuge*** (anc. *lup. éryth. asphyx.* de Besnier), dont il présente les caractères : squames crétacées, dilatation des orifices pilosebacées, atrophie cicatricielle spontanée (sans ulcération préalable).

c) Le ***lupus pernio vrai*** (lymphogranulome de Schaumann) qui, lui-même, peut présenter des modalités différentes, dont nous avons vu un exemple dans l'observation de M. Hudelo. Nous en avons déjà donné la description. Ajoutons seulement que les lésions des ongles, citées par Besnier et même par Schaumann, constituent un signe fréquent de cette forme.

d) **M. Rabut admet que le sarcoïde de Beck** pourrait aussi rentrer dans le cadre du *lupus pernio vrai*. Schaumann, en effet, dans sa quatrième observation

du lupus pernio, a décrit sous ce nom une affection qui présente en réalité un passage entre le lupus pernio vrai et le sarcoïde de Bec . Si les lésions cutanées sont celles de sarcoïde, les lésions histologiques et la décaléification des extrémités digitales, sont caractéristiques du lupus pernio vrai.

M. Rabut rapporte sa propre observation du même genre. Il s'agit d'une malade qui présente au milieu de la joue gauche un placard arrondi, violacé, de dimension de 5 francs induré, bien délimité. A ce niveau, plissement cutané impossible ; à la vitropression, quelques nodules jaunâtres discrets. Joue droite, rien à la vue, au toucher, nodule profond, adhérent à la surface, dur, du volume d'un gros pois.

Les deux bras, dans leur moitié supérieure, présentent sur leur face posteroexterne, une demi douzaine de petits éléments violacés, *indurés* de dimensions d'une lentille — cinquante centimes. Les deux mains présentent une augmentation de volume, portant sur la face dorsale et sur les phalanges. Le gonflement dorsal présente son maximum sous forme d'une éminence à large base au niveau des deuxième et troisième articulations métacarpophalangiennes. Les phalanges sont comme soufflées, sous forme d'un barillet, mais leur gonflement n'est pas égal à tous les doigts. D'autre part, les dernières phalanges sont intactes, sauf, cependant, au niveau du pouce et de l'auriculaire gauche, qui présentent des lésions ungueales : fissure verticale et médiane. Couleur de peau normale, mais au palper ces tuméfactions donnent une sensation de dureté osseuse.

Polyadénopathie indolente, Foie, rate amygdales, formule sang normale. Poumon : au sommet dr. res-

piration diminuée, augmentation des vibrations.

Les lésions histologiques étaient celles des sarcoïdes de Boec ; c'est-à-dire structure tuberculoïde. Radiographie des mains : pas de déformation du squelette, seulement quelques zones claires de décalcification.

Chez cette malade nous constatons donc des lésions de sarcoïdes de Boec aux membres, tandis que celles de la face sont intermédiaires entre le sarcoïde (type gros noyaux) et le lupus pernio vrai.

M. Rabut cite encore d'autres auteurs, ou il y avait une coexistence nette de lupus pernio et du sarcoïde, mais où on prenait le lupus pernio pour autre chose. Tel le cas de Danlos et Flandin.

Un malade présente à la joue gauche un placard de dimension de la première phalange du pouce, violacé, bien limité, de consistance ferme, où l'on voit des varicosités mais pas de tubercules jaunes à la vitropress. Sur la joue droite, une lésion de même apparence, moins bien limitée, avec des points jaunes.

Histologie des deux côtés, structure tuberculoïde.

Les auteurs pensent à un lupus vulgaire à droite, sarcoïde à gauche. En réalité, il s'agit d'un lupus pernio et d'un sarcoïde.

Pathogénie — Tous les auteurs avant Schaumann étaient d'accord pour considérer le lupus pernio comme une tuberculide, c'est-à-dire lésion déterminée par les toxines de bacille de Koch. Schaumann, comme nous avons vu, s'élève le premier contre cette opinion. Pour lui, la coexistence des lésions ganglionnaires et pulmonaires n'est pas une preuve de l'origine tuberculeuse de l'affection. Ces ganglions, qui ne correspondent pas au territoire anatomique de la lésion

ne subissent jamais la caléification, ni la caséification. Les déformations digitales ne sont pas tuberculeuses puisque il n'y a ni fistulisation ni lésions importantes du squelette. Enfin, on ne trouve pas le bacille de Koch et l'inoculation est négative. Si ces faits sont vrais pour un certain nombre de cas, si les anciens avaient tort d'admettre l'origine tuberculeuse pour tous les cas, il n'en est pas moins vrai que cette origine existe, et existe même dans un grand nombre de cas. Telle la première observation de Schaumann : lésions pulmonaires tuberculeuses, décélées cliniquement et radiographiquement, réaction à la tuberculine positive, et puis surtout confirmation bactériologique quelque temps plus tard, par la découverte du bacille tuberculeux bovin. Tel le cas de Besnier : au niveau de tuméfactions digitales, fluctuation, signe d'une synovite fongueuse qui ne peut être que tuberculeuse, dont les ganglions épitrochléens semblent être la signature.

Cas de Kuhlmann, altération du squelette des doigts et signes de tuberculose pulmonaire.

Et enfin, dernièrement, la meilleure démonstration le cas de M. Hudelo.

A côté de ces cas, où la cause est nette, il y a des cas où l'étiologie est tout à fait obscure. Comment expliquer alors cette affection ? S'agit-il toujours d'une tuberculose ; est-ce une réaction cutanée d'une maladie générale, lymphogranulome bénin, désignée ainsi par Schaumann, et dont la première cause reste inconnue, ou on a affaire à un syndrome comme l'admet M. Rabut ?

C'est à cette dernière hypothèse que se rallie actuellement la plupart des auteurs. Le lupus pernio est un

mode de réaction cutanée d'une affection chronique quelconque, qui est souvent la tuberculose, mais qui peut être aussi autre.

Du reste, nous avons vu que le sarcoïde de Beck peut très bien rentrer dans le cadre de ce syndrome. Or, il est bien démontré que l'étiologie du sarcoïde peut être multiple. Pautrier, dans son observation (*Annales* 1914), incrimine la syphilis ; Gougerot, lorsqu'il décrit son type des lymphosarcoïdes (*Annale Derm* 1906), admet leur étiologie multiple ; Manziani rapporte un cas de sarcoïde chez un rhumatisant, amélioré par le salicylate de soude. Enfin, en rapportant la dernière observation de M. Hudelo nous avons vu que l'auteur se range aussi vers cette opinion.

En résumé, il s'agit d'un syndrome qui se traduit dans certains cas par des symptômes cutanés seuls, qui, dans d'autres cas (variété Schaumann) se traduit en plus par des modifications de la formule sanguine et pouvant être conditionné par une affection chronique quelconque.

CONCLUSION

a) Il y a 4 variétés cliniques du *lupus pernio* :

1° Erythème *pernio*.

2° Variété asphysique du *lupus érythémateux* centrifuge.

3° Le *lupus pernio* vrai (*Lymphogranulome* de Schaumann).

4° Le *sarcoïde* de Beck.

b) C'est un syndrome qui est souvent déterminé par la tuberculose, mais qui aussi peut être causé par une autre affection chronique, comme la syphilis et rhumatisme.

Vu, le Président de thèse,

G. JEANSELME.

Vu, le Doyen,

M. ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

M. APELL.
